

**NOUS VOUS REMERCIONS DE RÉPONDRE À CHAQUE QUESTION ET DE DONNER CLAIREMENT TOUTES LES PRÉCISIONS UTILES.
Les blancs et les tirets ne constituent pas une réponse. Répondez par OUI ou par NON dans chaque case.**



1 Actuellement, êtes-vous en arrêt de travail ?	<input type="checkbox"/>	Date, motif : _____ _____
2 Durant les 5 dernières années, avez-vous interrompu votre travail plus de 15 jours continus, pour raison médicale ?	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ? Dates exactes : _____ _____
3 1. Suivez-vous un traitement médicamenteux ? 2. Etes-vous suivi(e) par un psychiatre ou un psychologue ? 3. Etes-vous suivi(e) par un kinésithérapeute ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lequel, depuis quand, motif : _____ _____ _____ Joindre obligatoirement copie de la dernière ordonnance
4 Bénéficiez-vous, ou une demande est-elle en cours pour : 1. L'exonération du ticket modérateur pour affection de longue durée (100 %) ? 2. Une rente ou une pension pour maladie ou accident ? 3. Un taux d'invalidité ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Date, motif : _____ _____ Date, motif : _____ Joindre copie de la notification sur laquelle figure le motif médical Date, motif, taux : _____ _____
5 Votre état de santé a-t-il nécessité un reclassement professionnel ?	<input type="checkbox"/>	Date, motif : _____ _____
6 Avez-vous : 1. Des séquelles d'accident ? 2. Une infirmité ou un handicap ? 3. Une maladie congénitale ? 4. Une maladie génétique ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Précisez : _____ _____ _____ _____
7 Fumez-vous ?	<input type="checkbox"/>	Quantité journalière : _____
8 Etes-vous ou avez-vous été suivi(e) : 1. pour consommation d'alcool ? 2. pour consommation de drogues illicites ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Précisez : _____ _____ _____
9 Pratiquez-vous un sport ?	<input type="checkbox"/>	Si OUI, lequel : _____ En professionnel <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
10 Avez-vous déjà fait des demandes de souscription de garanties de prévoyance ?	<input type="checkbox"/>	Si OUI, - Acceptées avec surprimes <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON - Acceptées avec exclusions <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON - Ajournées ou refusées <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Précisez le motif : _____
11 VOTRE TAILLE (en cm) : <input type="text"/>	VOTRE POIDS (en kg) : <input type="text"/>	

12 DANS LE PASSÉ 1. Avez-vous été hospitalisé(e) ? 2. Avez-vous été opéré(e) ? 3. Une biopsie a-t-elle été réalisée ? 4. Avez-vous effectué les examens suivants : coloscopie, fibroscopie, échographie (sauf grossesses) écho-doppler, électromyogramme (EMG), électrocardiogramme (ECG), échographie du cœur, examens sanguins, radiographies, scanner, IRM, autre ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	MOTIF, DATE ET RÉSULTATS ? _____ _____ _____ Joindre obligatoirement la photocopie des comptes-rendus
--	--	---

13 ACTUELLEMENT OU DANS LES MOIS À VENIR 1. Devez-vous être hospitalisé(e) ? 2. Devez-vous être opéré(e) ? 3. Une biopsie est-elle prévue ? 4. Devez-vous effectuer les examens suivants : coloscopie, fibroscopie, échographie (sauf grossesses) écho-doppler, électromyogramme (EMG), électrocardiogramme (ECG), échographie du cœur, examens sanguins, radiographies, scanner, IRM, autre ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	MOTIF ET DATE PRÉVUE ? _____ _____ _____ _____ _____
--	--	--

AVEZ-VOUS ÉTÉ OU ETES-VOUS ATTEINT(E) D'UNE DES AFFECTIONS CI-DESSOUS :

Répondez par OUI ou par NON dans chaque case.



14 Hypertension artérielle :	<input type="checkbox"/>	Précisez : la maxima : _____ la minima : _____
15 Maladies du cœur :	<input type="checkbox"/>	Précisez : _____
16 Affections vasculaires, artérites :	<input type="checkbox"/>	Précisez : _____
17 Affections pulmonaires :	<input type="checkbox"/>	Précisez : _____
18 1. Maladies du foie : 2. Maladies des voies biliaires et pancréas : 3. Hépatites :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Précisez : _____ Précisez : _____ Type : <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
19 Troubles digestifs, hernie hiatale, maladies du colon et du rectum :	<input type="checkbox"/>	Précisez : _____ _____
20 Maladies des reins et des voies urinaires :	<input type="checkbox"/>	Précisez : _____
21 1. Maladies psychiques ou psychiatriques : 2. Dépression nerveuse, état anxieux :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Précisez : _____ Mentionnez les arrêts en rapport : _____
22 1. Sclérose en plaques, épilepsie, Parkinson, paralysie même de courte durée, accident cérébral : 2. Autres maladies neurologiques : 3. Syndrome du canal carpien :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Précisez : _____ Précisez : _____ Coté droit : <input type="checkbox"/> Séquelles : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Coté gauche : <input type="checkbox"/> Séquelles : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
23 1. Maladies des os ou des articulations : 2. Déformation des os et articulations, en particulier des mains et/ou des pieds :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Précisez : _____ Précisez : _____
24 Pathologies traumatiques : 1. Fracture : 2. Entorse : 3. Luxation :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Localisation : _____ Date : _____ Séquelles : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Précisez : _____ _____
25 Douleurs de la colonne vertébrale, cervicalgies, névralgies cervico-brachiales, dorsalgies, lombalgies, lumbago, sciatique, scoliose :	<input type="checkbox"/>	Précisez : _____ Arrêts de travail : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, date et durée _____
26 Fibromyalgie :	<input type="checkbox"/>	Précisez : _____
27 Tumeurs ou pathologies cancéreuses :	<input type="checkbox"/>	Date du diagnostic : _____ Date de fin de traitement : _____
28 Maladies du sang :	<input type="checkbox"/>	Précisez : _____
29 Maladies infectieuses, maladies tropicales :	<input type="checkbox"/>	Précisez : _____
30 Consultez-vous régulièrement un ophtalmologue ?	<input type="checkbox"/>	Si OUI précisez la fréquence : _____ Et la pathologie concernée : <input type="checkbox"/> Astigmatisme <input type="checkbox"/> Presbytie <input type="checkbox"/> Hypermétropie <input type="checkbox"/> Cataracte <input type="checkbox"/> Myopie <input type="checkbox"/> Décollement de rétine <input type="checkbox"/> Glaucome <input type="checkbox"/> Rétinopathie <input type="checkbox"/> Atteinte/champ visuel <input type="checkbox"/> Rétinite pigmentaire <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____ Cette pathologie concerne : <input type="checkbox"/> un œil <input type="checkbox"/> ou les deux yeux Votre acuité visuelle après correction est-elle inférieure à 5/10 ^{ème} ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Joindre la dernière ordonnance de prescription ou le dernier bilan de votre ophtalmologue
31 1. Vertiges : 2. Affections auditives :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Précisez : _____ Précisez : _____
32 Diabète :	<input type="checkbox"/>	Joindre copie du dernier bilan
33 Cholestérol, triglycérides :	<input type="checkbox"/>	Joindre copie du dernier bilan
34 1. Affections cutanées actuelles : 2. Eczéma récidivant, psoriasis chronique :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si OUI, précisez la pathologie, sa localisation et le traitement : _____ _____
35 Questions réservées à la femme : 1. Etes-vous enceinte ? 2. Affections gynécologiques : 3. Troubles de la fécondité :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Date présumée du terme : _____ Précisez : _____ Précisez : _____

Conformément à la loi Informatique et Libertés, nous vous informons que les réponses aux questions de ce questionnaire sont obligatoires pour la souscription des garanties. Elles sont destinées au Service Médical, sous l'autorité du Médecin Conseil de l'organisme ayant recueilli votre adhésion ou de l'Union Nationale de la Prévoyance de la Mutualité Française (U.N.P.M.F.), en tant que responsable de traitement des dossiers pour la gestion des garanties. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification qui s'exerce auprès du Médecin Conseil.

RAPPEL IMPORTANT

Ce questionnaire doit être entièrement complété par l'assuré(e) et accompagné des documents demandés. Tout questionnaire comportant des questions sans réponse sera renvoyé à l'intéressé(e) pour être complété. Les antécédents demandés dans ce questionnaire ne sont pas limités dans le temps.

Je donne mon accord au traitement des informations de santé me concernant dans les conditions indiquées dans le présent document.

Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations figurant dans ce questionnaire que j'ai relu. Je reconnais savoir que toute fausse déclaration de ma part ou toute réticence de nature à atténuer l'importance du risque entraînera la déchéance de la garantie et la résiliation de l'adhésion.

Fait à : _____ Le : | | | | | | | | | |

Signature de l'assuré(e) précédée de la mention manuscrite :

"Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations figurant dans ce questionnaire que j'ai rempli de ma main"

Signature :

RÉSERVÉ AU MÉDECIN CONSEIL